

Departamento/Unidad:

Nombre de la persona responsable:

Nombre de la actividad:

Nº de personas sordas beneficiarias:

Interpretes necesarios:

Fecha de comienzo

fecha de finalización :

Breve descripción de la actividad:

Nº de horas :

Hora de inicio:

Hora de finalización:

Lugar de realización de la actividad:

Fecha y firma del responsable de la actividad:

En Córdoba, a _____ de _____ de 201_